Beitrag zur Kenntniss

der

Nierenkapsel-Geschwülste.

Inaugural-Dissertation,

der

hohen medizinischen Fakultät

der

Königl. Universität Breslau

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe

vorgelegt von

Leo Bork,
Arzt.

Berlin 1901.
Druck von L. Schumacher.

Zum Druck genehmigt auf Antrag des Referenten Herrn Geh. Med.-Rath Prof. Dr. v. Mikulicz-Radecki.

Uhthoff, Prodekan.

Lebenslauf.

Verfasser der Arbeit, Leo Bork, Sohn des Gutsbesitzers Joseph Bork, katholischer Confession, wurde geboren am 10. April 1873 zu Motylewo bei Schneidemühl, Provinz Posen. Nach zweijähriger Vorbereitung besuchte er von Ostern 1886 bis Herbst 1892 das Gymnasium zu Dt. Krone, Westpreussen, um dann mit dem Zeugniss der Reife in Münster i. W. und Breslau Theologie zu studiren. Im Sommer 1895 begann er das medicinische Studium, bestand am 25. Februar 1897 die ärztliche Vorprüfung und genügte dann im Sommer 1897 seiner Militärpflicht mit der Waffe beim Grenadier-Regiment No. 11. Im Wintersemester 1899/1900 begann er die ärztliche Staatsprüfung und beendigte dieselbe am 21. April 1900. Das Examen rigorosum machte er am 8. Mai 1900. Nach dem Staatsexamen genügte er seiner Militärpflicht als einj.-freiw. Arzt beim Schlesischen Train-Bataillon No. 6 und beim 62. Infanterie-Regiment. Bei ersterem schloss er auch die sechswöchige Uebung an.

Während der Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren:

Born †, Chun, F. Cohn †, H. Cohn, Czerny, Filehne, Flügge, Fränkel, Groenow, Hasse, Heidenhain †, Henle, Hürthele, Kast, Kaufmann, Kionka, Kolaczek, Kühnau, Kümmel, Küstner, Ladenburg, Lesser, O. E. Meyer, v. Mikulicz-Radecki, Neisser, Pfannenstiel, Ponfick, Röhmann, Schäffer, Tietze, Uhthoff, Wernike.

Allen diesen Herren spricht der Verfasser hiermit seinen besten Dank aus.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546309_0119

Neubildungen der Nierenkapsel sind ihrer Seltenheit wegen im Allgemeinen wenig bekannt. Es sei mir daher gestattet, zur Kenntniss dieses etwas entlegenen, aber darum nicht minder interessanten Gebietes der Geschwulstlehre einen kleinen Beitrag zu liefern. Die Anregung dazu gab mir Prof. Pfannenstiel (1), welcher ein Fibro-myxom der Nierenkapsel von ungewöhnlicher Grösse mit glücklichem Ausgang entfernte und mir die Aufgabe stellte, unter Verwerthung dieses Falles die diesbezügliche Casuistik durchzumustern. Ein glücklicher Zufall brachte es mit sich, dass in dem gleichen Krankenhause, in welchem Professor Pfannenstiel (1) arbeitet, auch auf der chirurgischen Abtheilung des Herrn Dr. May eine Nierenkapselgeschwulst zur Operation kam, über welchen Fall ich gleichfalls — mit der gütigen Erlaubnis des Herrn Dr. May — weiter unten berichten werde.

Was die Textur der Nierenkapseltumoren anbetrifft, ein Moment, das in einer ganzen Reihe der in der Litteratur mitgetheilten Fälle überaus mangelhaft berücksichtigt worden ist, so sind sie, wie schon aus der Benennung meist hervorgeht, durchweg der grossen Gruppe der Bindegewebsgeschwülste zuzuzählen; es waren theils reine Typen derselben, Fibrome, Lipome, Myxome, Sarkome, theils Mischformen dieser. Heyder (2) hat das Verdienst, zuerst eine ziemlich erschöpfende Zusammenstellung der bis dahin bekannten Fälle gemacht zu haben. Nach seiner Ansicht nehmen die Fibrome, Sarkome oder Fibrosarkome ihren Ausgangspunkt

von der Capsula fibrosa, während bei den Geschwülsten der Fettkapsel in Betracht kommen das reine Lipom, ferner von den Mischformen am häufigsten die Myxolipome und die Fibrolipome. Heyder's (2) Zusammenstellung, die sich zum Theil an einen Aufsatz von Salzer (3) „Myxoma lipomatod. caps. adip. ren." anlehnt, umfasst übrigens eine Reihe von Fällen, bei denen die Beziehung der Geschwulst zur Nierenkapsel nicht vollkommen klargestellt ist. Die Fälle von Alsberg(4), Madelung(5), Homans(6), zeigen ja eine gewisse Aehnlichkeit, was die Symptome, die Textur etc. der operirten Tumoren anbetrifft, indessen ist doch über ihre Entstehung von dem perirenalen Fett- oder Bindegewebe kein Wort erwähnt, sondern sie sind lediglich unter der Bezeichnung „retroperitoneale Tumoren" geführt. Ganz ähnlich verhält es sich mit dem Falle von Trendelenburg (7); der Tumor steht in keinem Connex mit der Nierenkapsel, sein Ursprung ist unbekannt. Waldeyer's (8) Publikation betrifft einen Leichenbefund; ein Zusammenhang der colossalen Geschwulst mit der Nierenkapsel ist nirgends angedeutet. Ebensowenig gehört hierher der Fall von Bardenheuer(9); in dem Original ist ausdrücklich hervorgehoben, dass es sich um ein primäres Sarkom der Niere handelt.

Da es mir nur darauf ankommt, die Geschwülste der Nierenkapsel, nicht des harnbildenden Organs selbst, und ebensowenig der retroperitonealen Tumoren im Allgemeinen zu beschreiben, so lasse ich die bezeichneten Fälle aus der Heyder'schen (2) Casuistik ausser Betracht, und berücksichtige nur diejenigen Neubildungen, bei denen die Beziehung zur Nierenkapsel klargelegt ist. Meist ist diese Klarstellung sehr einfach; Hildebrandt (10) sagt sehr richtig: „In einem grossen Theil der Fälle war die Niere selbst vollständig eingeschlossen von dem Tumor, und gerade diese Lagebeziehung gab den Beweis ab für die Entstehung des Tumors von der Nierenkapsel. In anderen Fällen war nur ein Theil der Kapsel der Ausgangspunkt des Tumors, und dieser entwickelte sich infolgedessen neben der Niere, so dass diese nicht eingeschlossen wurde."

Wenn wir nun unter Berücksichtigung dieser Gesichtspunkte die einschlägigen Fälle zusammenstellen wollen, so wären es folgende:

1. Den ersten einschlägigen Fall operirte anscheinend Spencer Wells (11) im Jahre 1867. — Die Diagnose wurde bei der 32jährigen Frau

erst durch einen Probeeinschnitt gestellt. Die Operation wurde nicht vollendet, Tod der Frau bald nach dem Eingriff. Der Tumor erwies sich als eine 32 Pfd. schwere Fettgeschwulst der rechten Nierengegend. Die rechte Niere fand sich bei der Section in das zurückgelassene Stück der Geschwulst eingehüllt.

2. Erst 12 Jahre später wurde von Lossen (12) 1879 ein neuer Fall publicirt. Bei der 37jährigen Frau C. K. hatte sich im Laufe eines Jahres ein grösserer Tumor entwickelt, der vor einem halben Jahr etwa die Grösse einer Faust erreichte. Vor der Operation fühlte man durch sehr schlaffe Bauchdecken — Pat. hatte 8mal geboren — im rechten Hypochondrium eine kindskopfgrosse Geschwulst von rundlicher Form und mässig-fester Consistenz, überlagert von Darmschlingen; Fluctuation fehlte. Daneben Vergrösserung des Uterus; Schwangerschaft im 2.—3. Monat. Diagnose: Ovarialtumor („Colloid") vom rechten Ovarium; palpabel war ein graciler Stiel, keine Verwachsungen. Von Seiten der Nieren keine Beschwerden, kein trüber, kein blutiger Urin. Der Tumor erweist sich nach der Laparotomie als ein der gesunden rechten Niere auf ihrem convexen Rande aufsitzendes Angiosarcom. Die Niere wird exstirpirt. Bei der Unterbindung entsteht plötzlich eine heftige Blutung aus der Art. renalis, die nur mit Mühe gestillt werden kann. — In der folgenden Nacht tritt ein Abort ein, im Anschluss daran eine septische Endometritis. Heilung. Nach Czerny (13) war die Frau im Juli 1881, also nach 2 Jahren noch gesund. Der Ursprung der Geschwulst ist trotz sorgfältiger mikroskopischer Untersuchung nicht mit Sicherheit zu bestimmen gewesen. Indessen wird ausdrücklich erwähnt: „dass die ganze Geschwulst sich in der fibrösen Nierenkapsel oder mindestens in den äusseren Grenzbezirken der Rindensubstaz entwickelt habe."

3. Thomas (14) operirte 1881 eine 21jährige Frau. Diagnose: Ovarientumor. Nierenexstirpation. Die Geschwulst war ein Nierenkapselfibrom von $10^1/_2$ Pfd. Heilung.

4. Im Jahre 1881 publicirte Kundrat (15) den Sectionsbefund „eines in mittleren Jahren stehenden Mannes", der in der Klinik des Prof. Rehaczek (16) in Graz 1881 behandelt worden. Er litt seit längerer Zeit an einer sehr langsam wachsenden Geschwulst im Bauche, die deutlich fluctuirte, daher Wahrscheinlichkeitsdiagnose: „Echinococcus". Eine Probepunction hatte eine geringe Menge von Fettdetritus enthaltender Flüssigkeit ergeben. Pat. ging bald nach der Operation zu Grunde. Die linke Niere war in den oberen Theil der Neubildung vollkommen eingebettet; es handelte sich um einen mannskopfgrossen Tumor, der, wie die mikroskopische Untersuchung ergab, ein Myxolipom darstellte.

5. Bruntzel (17) giebt eine sehr genaue und ausführliche Beschreibung eines von ihm 1882 operirten Falles. Die 33jährige Patientin bemerkte zuerst die Existenz einer schmerzlosen Geschwulst vor 5 Jahren. Der später etwa mannskopfgrosse, median gelagerte Tumor reichte bis zum Beckeneingang, war schwer beweglich und hatte rechts und links Darmton, an der Vorderfläche war stets leerer Schall. Wiederholte Punction war negativ. Verdauungsstörungen,

starke Abmagerung. Niemals Ascites oder Oedeme. Herz und Lunge functionirten normal, im Urin niemals Eiweiss. Diagnose: „offen gelassen". Bei der Operation, Laparotomie, zeigten sich sehr innige Verwachsungen mit dem Peritoneum und massenhafte dicke Gefässe. Bei der Abbindung der letzteren war auch der linke Ureter unbewusst durchschnitten und unterbunden worden; Mitherausnahme der ganz gesunden Niere, die übrigens in einer hilusartigen Einsenkung des Tumors sass und bei dessen Herausschälung ebenfalls aus Versehen entfernt worden war. Der Tumor war ein $37^1/_4$ Pfd. schweres Fibrom, „von der Nierenkapsel ausgehend". Nach dem Erwachen aus der Narkose eine beiderseitige Radialislähmung „aus unbekannter Ursache" (wohl Narkosenlähmung); nach 6 Wochen Heilung davon. Am 10. Tage post operationem Collaps wegen Darmruptur. Es blieb längere Zeit eine kleine Darmfistel zurück, die der Pat. jedoch keine Beschwerden bereitete. Bei der Entlassung ausgezeichneter Gesundheitszustand. Menstruation ist ausgeblieben.

6. Am 2. Februar 1883 wurde von Thornton (18) bei einer 53 Jahre alten Frau ein 11 Pfd. schweres Sarcom der Niere durch Laparotomie entfernt; die Geschwulst hatte seit 6 Monaten bestanden. Die Diagnose lautete auf Ovarialtumor. Die Geschwulst entsprang von der Kapsel der Niere, während die Niere selbst gesund war. Pat. genas und war 1885 noch gesund.

7. Spencer Wells (19) operirte eine 48 Jahre alte Frau, die seit 9 Jahren Unterleibsbeschwerden hatte und seit 5 Jahren das allmähliche Grösserwerden des Abdomens bemerkte. Die Laparotomie fand am 13. Nov. 1883 statt. Die grossen, ziemlich festen, gelblich-weissen Geschwülste waren leicht auszuschälen und sassen, die eine $16^1/_2$ Pfund schwere, in der Gegend der rechten Niere — das Organ kam während der Operation nicht zu Gesicht —, die andere, $14^1/_2$ Pfd. schwere, in der linken Nierengegend. Das untere Drittheil der linken Niere wurde mitresecirt, weil die Geschwulst in geringer Ausdehnung an die Albuginea adhärent war. Heilung. Die Tumoren waren Fibrolipome, Niere unverändert; Gesammtmasse der Geschwulst wog 31 Pfd.

8. Wiglesworth (20) entdeckte bei einer 43jährigen Frau eine seit 5 Jahren bestehende, grosse Geschwulst, die er für einen Ovarialtumor hielt. In den letzten Jahren Athembeschwerden und Oedem der Beine. Tod an Lungenödem. Die Autopsie ergab einen retroperitoneal gelegenen Sitz des Tumors, ohne Stiel, mit Adhäsionen gegen das Becken hin. Die rechte Niere wurde zuerst nicht gesehen, später fand man sie $1^1/_2$ Zoll tief in der Geschwulstmasse begraben, ohne pathologische Veränderung. Geschwulst wog $41^1/_4$ Pfd. Es handelte sich um ein lipomatös degenerirtes Myxom.

9. Wagner (21) veröffentlicht einen von Thiersch (22) 1885 operirten Fall. Bei dem 3jährigen, früher stets gesunden Kinde war ein Leberechinococcus diagnosticirt und eine Operation angerathen worden. Mehrere Punctionen gaben trotz deutlicher Fluctuation keinen positiven Anhalt. Bei der Probeincision zeigte sich, dass es sich um einen sehr grossen, soliden, von der rechten Niere ausgehenden Tumor handelte, dessen Aussenseite von zahlreichen dicken Venensträngen bedeckt war. Von einer Exstirpation wurde abgesehen.

Rasches Wachsthum der Geschwulst; 5 Monate nach der Incision plötzlicher Exitus letalis. Die Section ergab, dass die rechte Niere, welche an der vorderen Bauchwand fast in der Mittellinie lag, auf allen Seiten umwachsen war von den Theilen eines colossalen Tumors, welcher den grössten Theil der Bauchhöhle einnahm. Keine Metastasen. Es handelte sich um ein grosses Sarcom, welches, von der Nierenkapsel ausgehend, die Substanz der Niere selbst ganz unberührt gelassen hatte.

10. Kümmell (23) demonstrirt in der Sitzung vom 19. October 1886 des ärztlichen Vereins zu Hamburg eine enorm grosse Geschwulst, die er durch Laparotomie von einem 38jährigen Mann entfernte. Dieselbe hatte schon seit 3 Jahren bestanden, war aber seit einigen Monaten rapid gewachsen. Es wurde zuerst vermuthet, dass es sich um Echinococcen handelte, besonders da man haselnussgrosse Tumoren in der Milz- und Lebergegend fühlte. Punction negativ, Ascites fehlte. Bei der Operation fand sich, dass das Colon quer über dem Tumor verlief und mit demselben verwachsen war. Bei der Hervorwälzung des Tumors, der eine so ungewöhnliche Grösse zeigte, dass er sich gar nicht handhaben liess, riss die Milzkapsel ein. Die sehr starke Blutung wurde durch Ligatur gestillt. 2 Tage post operationem starb der Kranke, ein Ausgang, den nach Kümmell's (23) Ansicht hauptsächlich die Milzruptur bedingt habe.

11. Rosmanit (24) operirte eine 53jährige Tischlersfrau, welche an einer grossen Unterleibsgeschwulst, die für einen soliden Ovarialtumor imponirte, litt. Laparotomie Mitte September 1886. Die grosse Geschwulst war im rechten Bauchraum retroperitoneal gelagert und liess sich leicht in 3—4 Partien zerlegen und ausschälen. Bei dieser Ausschälung war plötzlich die rechte Niere völlig entblösst und musste exstirpirt werden. Ein Tumorrest musste zwischen unterer Leberfläche und hinterer Bauchwand zurückgelassen werden, da er ohne Mitnahme der Leberkapsel nicht zu entfernen war. Pat. starb bald nach der Operation. Als Todesursache nahm man Collaps und Anämie in Folge der Exstirpation der enorm grossen, retroperitonealen Geschwulst an. Die mikroskopische Untersuchung des etwa mannskopfgrossen Tumors liess ein Fibromyxoma lipomatodes erkennen.

12. Der Patient J. R., 49 Jahre alt, Schlächter, liess sich am 7. Mai 1888 von Prof. Billroth (25) operiren. Der Kranke war während der $1^3/_4$ Stunde dauernden, ziemlich schwierigen Operation sehr collabirt, erholte sich aber nach kurzer Zeit auffallend; nach einigen Stunden trat jedoch ein neuer Collaps ein, dem Patient erlag. Todesursache: „Anaemia et Hydraemia post Laparotomiam propter Mxyoma lipomatodes retroperitoneale pergrande". Die Geschwulst wog 29 kg; die exstirpirte linke Niere war in Form und Grösse nicht abnorm.

13. Ueber die Exstirpation eines von der linken Nierenkapsel ausgehenden, 10 kg wiegenden Tumors berichtet Tillmann (26). Eine 28 Jahre alte Frau hat, als sie im September 1888 in das Hospital aufgenommen wurde, seit einem Jahre einen zuerst faustgrossen Knoten im Bauche bemerkt, der später rasch gewachsen ist. Diagnose vacat. Bei der Laparotomie zeigte sich die

Bauchhöhle beinahe gänzlich von einer colossalen, rothgrauen, grosslappigen, retroperitonealen, soliden Geschwulst eingenommen, die von der linken Nierenkapsel ausgegangen war. Dieselbe wurde sammt der linken Niere exstirpirt. Heilung. Patientin lebte noch ein Jahr nach der Operation, zeigte aber seit October 1889 ein Recidiv. Die Niere war gesund, die mikroskopische Untersuchung ergab die zum Theil myxomatös-fibröse, zum Theil lipomatöse Natur der exstirpirten Geschwulst.

14. Am 4. Juli 1889 operirte Sänger (27) eine 37jährige Frau, die seit ihrer letzten Entbindung im Februar ein abermaliges Wachsthum des Leibes, besonders in den letzten 3 Wochen wahrnahm. Man diagnosticirte eine Neubildung, bei deren Sitz und Ursprung es unentschieden blieb, ob es sich um eine feste, langgestielte Geschwulst des Eierstocks oder um eine solche retroperitonealen Ursprungs handele. Bei der am 4. Juli vorgenommenen Operation wurde ein 15 Pfund schwerer Tumor, der von der linken Nierenkapsel ausging, sammt der Niere, welche der Geschwulst dicht anlag, auf dem Wege der Laparotomie entfernt. Die Niere liess keine Gewebsveränderungen erkennen. Die mikroskopische Untersuchung des Tumors ergab ein Fibrosarcom der fibrösen Nierenkapsel. Heilung.

Zu diesen 14 in der Heyder'schen (2) Tabelle schon erwähnten Fällen füge ich einige weitere von mir in der Literatur vorgefundene casuistische Publicationen:

15. Bei dem von Gould (28) mitgetheilten Falle handelt es sich um einen 30jährigen, früher gesunden Mann, der seit April zuerst eine rasch wachsende Geschwulst in der Nabelgegend bemerkt hatte. Bei der Untersuchung fand man eine von der Leber nicht abzugrenzende Geschwulst von glatter Oberfläche, mit deutlicher Fluctuation und leichter respiratorischer Verschiebung. Urin normal. Punction lieferte etwas leicht blutige, zähschleimige Flüssigkeit. Schnitt in der rechten Linea semilunaris. Eröffnung des dicken Sackes, Unterbindung der Nierengefässe und des Harnleiters und Abtragung der ganzen Masse, einschliesslich der an der Rückwand fest ansitzenden Niere. Die Geschwulst bestand aus einer in sehr dicker Kapsel eingeschlossenen, gallertigen Masse (Mucin und lockeres, an Rundzellen reiches Bindegewebe). Niere etwas atrophisch, sonst gesund.

16. v. Eiselsberg (29) veröffentlichte aus der Billroth'schen Klinik einen Fall von Fibrolipoma der Nierenfettkapsel. Die 70jährige Pfründnerin J. B. entdeckte einige Monate vor der Aufnahme in die Klinik einen harten Körper im Unterleib, der ihr beträchtliche Beschwerden verursachte. Die Wahrscheinlichkeitsdiagnose lautete auf einen festen (malignen?) Tumor, ausgehend vom linken Ovarium. Die Operation, Laparotomie, ging schnell und glücklich von statten, trotzdem die linke Niere, welche plötzlich zwischen den beiden Hälften des Tumors eingebettet gefunden wurde, nach Unterbindung des Ureters und der Gefässe ebenfalls exstirpirt werden musste. 8 Wochen nach der Operation wurde Patientin sehr gekräftigt und geheilt entlassen. Der Verlust einer Niere wurde trotz des hohen Alters der Patientin sehr gut er-

tragen. Der entfernte Tumor wog 4 kg, bestand aus zwei harten Knollen, in deren Inneren die normale Niere lag. Die Geschwulst war ein Fibrolipom, ausgehend vom perirenalen Fettgewebe.

17. In der Gesellschaft für Geburtshülfe und Gynäkologie demonstrirte Saurenhaus (30) am 24. Januar 1890 einen Tumor von $13^1/_2$ Pfd., welcher von Olshausen (31) durch Laparotomie entfernt worden war. Die Geschwulst stammte von einer 42jährigen Frau, welche dieselbe seit einem Jahre bereits bemerkt hatte. Der Tumor erwies sich als ein Lipom, das seinen Ausgang von der Capsula adiposa der rechten Niere genommen hatte. Exstirpation der rechten Niere.

18. Ueber einen weiteren Fall berichtet Thiriar (32) [Brüssel]: „Sur un cas de fibrolipom de la capsule cellulo-adipeuse du rein, qui a necessité la laparotomie et la nephrectomie". 63jährige Frau, bei der die Diagnose auf rechtes multiloculäres Ovarialkystom gestellt war. Urin normal. Die retroperitoneale Ausschälung gelang leicht. Ein Theil des Bauchfells wurde resecirt, der Rest genäht und die grosse Wunde nach der Flanke hin drainirt. Glatte Heilung.

19. In einer Statistik von Ryder (33) [Kopenhagen] ist ein Fall erwähnt, der ebenfalls hierher gehören dürfte. Es handelte sich um ein kindskopfgrosses Fibro-Cysto-Sarcom der Nierenkapsel, das, als Ovarialcyste diagnosticirt, durch Laparotomie entfernt wurde. Glatte Heilung.

20. Die Beschreibung eines interessanten Präparates, und zwar eines „Fibro-myo-osteo-sarcoms der fibrösen Nierenkapsel" giebt Hildebrandt (10). Das Präparat stammte von einem 30jährigen Mädchen, welches seit $1^1/_2$ Jahren einen harten, etwa mannskopfgrossen, retroperitoneal gelegenen Tumor in der rechten Bauchseite unterhalb des Leberrandes bemerkt hatte; auf der Geschwulst lag das Colon. Am unteren Rande lag die Niere, deren oberer Pol mit dem Tumor zusammenhing. Oben, unter dem Tumor, fand man die Nebenniere, welche durch den Tumor von der Niere getrennt war. Nähere Angaben über die Operationsmethode, Diagnose, Heilung etc. fehlen leider in der Krankengeschichte. Dagegen giebt der Autor eine sehr genaue makroskopische und mikroskopische Beschreibung, auf die ich hier nicht näher eingehen will. Der Tumor war 4 Pfund schwer.

21. Am 25. Mai 1894 operirte Reverdin (34) eine 46jährige Frau wegen einer ungeheuren Bauchgeschwulst in der linken Bauchhälfte. Diagnose vacat. Der Tumor erwies sich als ein grosses, retroperitoneal entwickeltes Fibrom, welches sich in der Fettkapsel der Niere entwickelt hatte. Da eine Lostrennung der Niere von der Geschwulst unmöglich erschien, wurde die gesunde Niere gleichfalls exstirpirt. Die Geschwulst wog 48 Pfund. Nach der Operation Collaps, am 5. Tage p. op. heftiges Erbrechen, dann glatte Heilung.

22. Ueber ein „grosses Lipom, von der Nierenkapsel ausgehend, durch Laparotomie entfernt, gleichzeitig mit Amputatio uteri myomatosi", referirte Skutsch (35) in der „Section für Heilkunde der medic.-naturwissenschaftl. Gesellschaft in Jena, Sitzung vom 27. October 1898". Bei einer 48jährigen Frau tastete man in der linken Abdominalhälfte einen bis in das Becken hinab-

reichenden, prall elastischen Tumor. Uterus unregelmässig vergrössert und retroflectirt. Diagnose: offen gelassen. Nach der Operation, Laparotomie, zeigte sich der Tumor als ein 4000 g schweres Lipom, das von der Fettkapsel der linken Niere seinen Ausgang genommen. Die linke Niere blieb zurück. Heilung ohne jede Störung.

Erwähnen möchte ich noch „2 Myxolipome der Nierenfettkapsel, mit günstigem Erfolge entfernt", 2 Fälle, die in einer längeren Statistik aus der Heidelberger Klinik des Prof. Czerny (36) angeführt sind. Nähere Angaben konnte ich leider nicht finden.

Hiermit ist die Zahl derartiger dem Verfasser bekannt gewordener Tumoren, soweit sie in der Literatur publicirt worden sind, erschöpft.

23. Durch die Liebenswürdigkeit des Herrn Dr. May bin ich in der Lage, einen von ihm am 14. April 1898 operirten Fall zuerst zu publiciren und lasse deshalb etwas ausführlich die mir gütigst zur Verfügung gestellte Krankengeschichte folgen:

Das ein Jahr alte Kind, Emilie Hein, stammt aus gesunder Familie. Die Eltern sind beide noch am Leben und gesund, ebenso 6 Geschwister. Seit vorigem Jahr entdeckten die Eltern eine Anschwellung in der rechten Bauchseite des Kindes, der sie indessen keine besondere Beachtung schenkten. Im Laufe der Zeit nahm diese jedoch zu und wölbte die Gegend unmittelbar unter dem rechten Rippenbogen mächtig vor. Ein consultirter Arzt constatirte hier einen deutlichen Tumor, der nach seiner Meinung von der Niere ausging. Er rieth den Eltern, das Kind in das hiesige Elisabethinerinnenkloster zu einer Operation zu bringen. Niemals abnorme Beimengungen im Urin enthalten, nie Schmerzensäusserungen des Kindes. Kind, für sein Alter gut entwickelt, nur sehr blass aussehend. Die rechte Bauchseite in toto unterhalb des rechten Rippenbogens vorgewölbt. Wegen starker Unruhe des Kindes weitere Untersuchung in Narkose. Hierbei gelingt es, einen über mannskopfgrossen, sich fast fluktuirend anfühlenden Tumor in dieser Gegend herauszupalpiren. Er ist respiratorisch völlig unverschieblich, der Darm liegt vor ihm. Eine Fortsetzung von ihm schiebt sich unmittelbar unter der Haut vor, die über dem untersten Theil des Rippenbogens gelegen ist. Die Niere ist nicht zu tasten. Der Urin weist keinerlei Veränderungen, keine abnormen Beimengungen auf.

Der erhobene Befund lässt mit Sicherheit einen retroperitoneal gelegenen Tumor vermuthen, und zwar wird die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf einen von der Niere ausgehenden Tumor gestellt, wiewohl keinerlei Störungen in der Urinsecretion vorhanden gewesen. Es wird dabei in erster Linie an eine cystische Nierengeschwulst gedacht, dann event. an ein Nierencarcinom.

In Narkose Bergmann'scher Schnitt; Durchtrenung von Haut, Muskulatur. Bald erscheint der Tumor, der ein gelbliches Aussehen hat und gelappt aussieht. An einzelnen Stellen ist er völlig erweicht, eine dicke, ölige Schmiere kommt aus ihm heraus. Es gelingt indess ziemlich leicht, den ganzen, fast

kindskopfgrossen Tumor ohne Verletzung des Peritoneums zu eliminiren. Nach seiner Entfernung fühlt man deutlich die an normaler Stelle gelegene Niere. Tamponade, Naht.

Mikroskopisch erweist sich der Tumor als reines Lipom, das seinen Ausgang also vom perirenalen Fett genommen hat. Glatter Verlauf; am 14. Mai geheilt entlassen.

Eine etwa $1^1/_2$ Jahre nach der Operation bei dem Vater eingezogene Erkundigung über den Zustand des Kindes ergiebt, dass es sich vollkommen normal entwickelt hat, dass der Leib nie mehr stärker geworden, und dass es von keinerlei Beschwerden nach der Operation jemals befallen war.

24. Der zweite Fall ist bereits kurz von Pfannenstiel mitgetheilt und betrifft eine ältere Frau, die hier am 3. Mai 1899 ins Krankenhaus aufgenommen wurde.

Die hierüber aufgenommene und mir durch Herrn Prof. Pfannenstiel freundlichst überlassene Krankengeschichte lautet folgendermaassen:

Patientin ist die 51 Jahre alte Auszüglerfrau V. M. aus Kl. Oels. Sie giebt an, früher nie krank gewesen zu sein. Die Menstruation soll früher stets regelmässig gewesen sein; seit 1 Jahre wurde sie unregelmässig, aber höchstens einige Monate Pause; zuletzt vor 3 Monaten ca. 8 Tage. Verheirathet seit 32 Jahren; sie hat 11 Entbindungen und 3 Aborte durchgemacht, die letzte Entbindung war vor 11 Jahren. Seit 1 Jahre bemerkte Pat., dass ihr Leib stärker wurde, und seit einem halben Jahr will sie auch ziemlich abgemagert sein. Der Stuhl war immer normal. Wasserbeschwerden hatte sie, insofern als häufiger Drang bestand, und sie den Urin zuweilen nicht halten konnte.

Pat. ist eine kleine, normal gebaute Frau, in mässigem Ernährungszustand und mit anämischem, etwas kachektischem Aeusseren. Herz und Lunge ohne abnormen Befund. Das Abdomen ist aufgetrieben; percutorisch hat man zunächst den Eindruck eines Ovarialtumors. Links geht die Dämpfung weit nach oben (wo auch Resistenz zu fühlen) und nach der Seite. Oberhalb der Pubes, besonders rechts eine tympanitische Zone. Die innere Untersuchung ergiebt weder eine Resistenz oder tumorverdächtige Massen, noch giebt sie über die Lage der Uterusadnexe Aufschluss. Der Uterus selbst ist von normaler Lage und Beschaffenheit.

Diagnose wird offen gelassen. Es wird unter anderem gedacht an ein abgekapseltes peritonitisches Exsudat.

Am 6. Mai Operation in Chloroform-Aether-Narkose durch Herrn Prof. Pfannenstiel. Schnitt in der Linea alba eröffnet gleich die Peritonealhöhle; es liegt ein Tumor vom Aussehen einer Ovarialcyste vor, doch entleert sich auf Anstechen keine Flüssigkeit. Nähere Betrachtung lehrt, dass er eine mehrschichtige, dünne Kapsel hat. Erst nachdem diese durchtrennt und stellenweise abgeschoben, gelingt es mit Mühe, den Tumor hervorzuziehen, worauf er sich als eine zweimannskopfgrosse, anscheinend lipomyxomatöse Geschwulst erweist, die der linken Niere aufsitzt. Nur hier allein zeigt er stärkere Verwachsung, so dass bei der Lösung Nierenparenchym mit ausreisst und eine stärkere Blutung verursacht. Im Uebrigen lässt sich der Tumor aus

seiner Kapsel leicht ausschälen, wobei öfter gefässhaltige Stränge und Venen unterbunden werden müssen. Nach Entfernung des Tumors wird der Defect der Niere durch mehrere mit dem Déchamps gelegte Nähte geschlossen, und die noch blutenden Stellen mit dem kaum rothglühenden Paquélin oberflächlich verschorft. Sodann wird die Innenfläche der Kapsel durch eine Tabaksbeutelnaht mit Catgut geschlossen und darüber die Aussenfläche mit fortlaufender Seide nach Art einer Lembertschen Naht gefasst und über dem Stumpf so vereinigt, dass der freie Rand des Sackes eingestülpt wird. Sodann Schluss der Bauchhöhle in Etagen. Dauer der Operation ca. 1 Stunde. Der Urin betrug am 1. Tage 400 ccm, am 2. 700, am 3. 960 ccm.

Am Tage nach der Operation stieg die Temperatur auf 38,2°, die Pulsfrequenz auf 100. Am nächstfolgenden Tage erreichte beides wieder die normale Höhe; der weitere Verlauf war ungestört. Am 30. Mai wurde Pat. aus dem Krankenhaus als geheilt entlassen.

Die exstirpirte Geschwulst ist fast zweimannskopfgross, von im ganzen nierenförmiger Gestalt, mit mittleren queren Furchen; die Oberfläche ist fetzig, die Consistenz ist weich, stellenweise fluktuirend, wie cystisch, andere Stellen sind derber. Die fetzige Oberfläche lässt sich in mehreren dünnen Bindegewebsschichten von der Geschwulst abziehen, die dann ein fetziges weisses Aussehen hat. Die Kapsel selbst besteht aus ödematösem Bindegewebe mit mehreren Fettanhäufungen. Auf dem Durchschnitt sieht man ein weisses, theils fetziges, theils homogenes Gewebe, aus dem eine gelbliche Flüssigkeit hervorquillt.

Die mikroskopische Untersuchung erwies zum grossen Theil typisches Bindegewebe. Die gallertigen Partien bestanden zum Theil aus Myxomgewebe mit vielverzweigten Zellen in einer durchsichtigen Intercellularsubstanz. In dem Myxomgewebe waren kleinere Hohlräume in grösserer Anzahl wahrzunehmen, offenbar der Ausdruck der ödematösen Beschaffenheit dieser Partien. Dagegen liess sich Fettgewebe, ausser in der Kapsel, in dem Neoplasma selbst nirgends mit Sicherheit nachweisen. In der aus dem Tumor hervorquellenden gelblichen Flüssigkeit lässt sich chemisch eine nicht bedeutende Menge von Eiweiss sowie Mucin nachweisen.

Pat., die sich Anfangs October 1899 zu einer erbetenen Untersuchung ihres Zustandes im Krankenhaus der Elisabethinerinnen wieder einfindet, fühlt sich sonst gesund, bis auf ein Brennen in der linken Seite; ausserdem klagt sie über ein Nachschleppen des linken Beines. Nach der Operation hatte sie einmal angeblich eine starke, menstruelle Blutung, die dann aber ausgeblieben ist; in der Folgezeit stellten sich die üblichen klimakterischen Beschwerden ein. Die Frau verrichtet die Arbeit einer Auszüglerin.

Objectiver Befund: Der Bauch ist etwas meteoristisch aufgetrieben, man fühlt die linke Niere, aber keinen Tumor.

Eine zweite, am 18. October 1900 vorgenommene Untersuchung der Frau

ergiebt folgendes: Narbe fest, keine Spur von einer Hernie. Pat. befindet sich wohl, hat sich sichtlich erholt, ist stärker geworden. Appetit sehr gross. Kleine, erbsengrosse Hautangiome am Abdomen. Letzteres ist weich, kein Tumor zu palpiren. Pat. ist sehr dankbar.

Vergleicht man die vorstehend geschilderte Geschwulst mit den in der Literatur angeführten Fällen, so ergiebt sich im ganzen eine so vollständige Gleichartigkeit aller Beobachtungen, dass ich auf eine ausführliche Wiedergabe derselben füglich verzichten kann. Ich habe mich deshalb darauf beschränkt, nur die wichtigsten Daten im Vorstehenden anzuführen und dieselben auf der am Schluss beigefügten Tabelle der besseren Uebersicht halber zusammenzustellen.

Die Tabelle ist zwar noch zu klein, um procentualische Zusammenstellungen zu gestatten, bietet aber doch in verschiedener Hinsicht Bemerkenswerthes.

Das weibliche Geschlecht überwiegt mit 20 : 4 Fällen bei Männern. Das 50. Lebensjahr wurde 5 Mal überschritten, in zwei Fällen war das 20. Jahr noch nicht erreicht.

Fast allen Fällen gemeinsam ist die charakteristische Lage der Niere zu der Geschwulst. Letztere hatte in der grösseren Zahl der Fälle die Niere derartig umwachsen, dass die Operateure von ihrer Exstirpation nicht Abstand nehmen zu können glaubten, um so mehr, als vielfach wegen der vorherigen langen Dauer der Operation und des starken Blutverlustes das Leben der Patienten schon gefährdet war. In dem Fall von Bruntzel (17) (No. 5) war bei der Unterbindung zahlreicher, gefässhaltiger Stränge auch der Ureter unterbunden und durchschnitten worden; ebenso unabsichtlich war auch die Niere mitentfernt worden, die man nachträglich in einer hilusartigen Einsenkung der Geschwulst eingebettet fand. Einstimmig wird ferner hervorgehoben, dass die Niere in allen Fällen vollkommen funktionsfähig und in ihrer Struktur stets unverändert gewesen ist.

Was die Operation und deren Endergebniss anbelangt, so war unter den 24 Fällen nur einer (No. 9) inoperabel, in einem Fall (No. 8) trat vor der Operation der Tod an Lungenödem ein, in einem Fall (No. 10) wurde zwar die Operation überstanden, als plötzlich nach 2 Tagen der Exitus letalis eintrat, nach Kümmell's (23) Ansicht wegen des starken Blutverlustes in Folge Milzruptur

In der sonst mustergültigen Publication von Hildebrandt (10) (No. 20) ist zwar über den Ausgang nichts ausdrücklich erwähnt, doch ist wahrscheinlich Heilung anzunehmen, sodass mit Einschluss des letzterwähnten Falles 17 Fälle zur primären Heilung gelangten. Dazu kämen noch die von Prof. Czerny (36) mit glücklichem Ausgang operirten 2 Myxolipome, — in meiner Tabelle nicht erwähnt, weil alle näheren Angaben fehlen, — so dass insgesammt von 26 Nierenkapselgeschwülsten 19 durch Operation zur Heilung gelangten, während nur bei 4 Fällen (No. 1, 4, 11 und 12) bald nach der Operation der Tod eintrat. Das ergiebt procentualiter 73 pCt. primäre Heilerfolge und nur 27 pCt. Todesfälle. Bei 2 Fällen (No. 1 und 4) wurde die Operation nicht vollendet; über die Todesursache ist in beiden Publikationen nichts erwähnt. In den beiden andern Fällen (No. 11 und 12) wird als Todesursache ausdrücklich „Collaps und Anämie in Folge der Exstirpation der enorm grossen Geschwulst“ angegeben.

Hinsichtlich des Dauererfolges ist leider nur in 6 Fällen eine Nachforschung angestellt worden; 5 von den operirten Patienten, darunter die Fälle von May und Pfannenstiel (1), waren noch über 2 Jahre nach der Operation vollkommen gesund, während Tillmann's (26) Patientin (No. 13) zwar nach 1 Jahr noch lebte, aber ein Recidiv zeigte.

15 Mal wurde gleichzeitig mit der Geschwulst auch die betreffende Niere exstirpirt, die sich stets hinterher als gesund erwies. Darunter waren 3 Fälle mit nachfolgendem Exitus letalis, der allerdings mit der Nierenexstirpation in keinem Zusammenhang stand, sondern vielmehr ein Mal „durch den starken Blutverlust in Folge Milzruptur“ (No. 10) und 2 Mal „durch Blutleere, Collaps und Kräfteverfall“ bedingt wurde (No. 11 und 12). In den übrigen Fällen wurde die Niere ganz oder theilweise zurückgelassen. In einem Fall (No. 7) musste wegen Verwachsung mit dem Tumor das untere Drittel der Niere resecirt werden (Heilung). In dem Referat über den Ryder'schen (33) Fall (No. 19) ist über die Niere keine Angabe enthalten (Heilung). 3 Mal (No. 1, 4 und 8) fand man bei der Section die stets normale Niere in den Tumor eingebettet resp. grösstentheils von demselben umwachsen. In dem inoperablen Falle von Thiersch (22) (No. 9) zeigte sich die Niere bei der Probeincision gleichfalls vollkommen von der Geschwulst umgeben.

In der Publikation von Pfannenstiel (1) (No. 24) wurde zwar eine Verletzung des Nierenparenchyms erwähnt, trotzdem aber nach gestillter Blutung die Niere zurückgelassen. In 2 Fällen (No. 22 und 23) blieb die Niere bei der Operation intakt und zurück.

Die Frage, ob bei der vollständigen Ausschälung einer Nierenkapselgeschwulst auch immer die betreffende Niere zu entfernen sei, was z. B. Heyder (2) für unumgänglich nothwendig hält, möchte ich keineswegs so strikte bejahen. Sind doch gerade die Fälle von Spencer Wells (19) und Pfannenstiel (1) (No. 7 und 24) schöne Beweise dafür, dass es auch bei innigen Verwachsungen der Geschwulst mit der Niere gelingt, ein so eminent lebenswichtiges Organ an Ort und Stelle zu lassen. Freilich wird der Operateur die nöthige Geduld haben müssen, um die meist zahlreichen Verwachsungen mit den benachbarten Organen und dann noch die mit der Niere selbst zu lösen. Indessen dürfte sich die Prognose für den dauernden Heilerfolg mit der Erhaltung der Niere ungleich günstiger gestalten, zumal die Casuistik lehrt, dass das Organ in keinem Falle in seiner Function oder Structur pathologisch verändert gewesen ist. Dazu kommt noch, dass man in den meisten Fällen die eine Niere exstirpirte, ohne sich erst vergewissert zu haben, ob die andere auch fähig sei, vicariirend für das ausgeschaltete Organ einzutreten. Wenn auch der Verlust einer Niere in den 12 Fällen meiner Tabelle sowohl, als auch sonst gelegentlich gut ertragen wurde, so sollte doch die Entfernung eines für den Organismus so lebenswichtigen, dazu noch völlig gesunden Organs nur in den allernothwendigsten Fällen vorgenommen werden.

Der Ort der ersten Entwickelung der ihrer histologischen Structur nach recht verschiedenartigen Bindesubstanztumoren sind wohl immer die Nierenhüllen, theils mehr die Capsula fibrosa, theils mehr das die ganze Niere umgebende Fettpolster. Die Wachsthumsrichtung ist in den meisten Fällen eine ganz typische, indem sie die Organe der Bauchhöhle in charakteristischer Weise dislociren. Wegen einer meist flächenhaften Anheftung unbeweglich, benutzen sie die die seitlichen Partien der Wirbelsäule als Stützpunkt und bewirken von hier aus in ihrem weiteren, sich gewöhnlich auf den Zeitraum von mehreren Jahren erstreckenden Wachs-

thum, seitwärts, nach oben und unten, besonders aber nach vorn eine Verdrängung des Darmes. Deshalb wird die Geschwulst anfangs von den vorgedrängten Darmschlingen mehr oder weniger bedeckt. Später aber drängt sie die Dünndarmschlingen zur Seite und wird in der Nabelgegend prominent. In diesem Stadium findet man die Dünndarmschlingen die Peripherie der Geschwulst rings umgebend, nur zum Theil liegt der Tumor mit seiner vorderen Fläche unmittelbar der vorderen Bauchwand an, und in diesem centralen, der Nabelgegend entsprechenden Bezirke findet man in der That völlige Dämpfung. Unter diesen Verhältnissen ist aber die Eigenart der Geschwulst schon geschwunden; sie verhält sich ähnlich wie die Tumoren der weiblichen Geschlechtsorgane. Es bestehen dann die allgemeinen Beschwerden der grossen Bauchgeschwulst, und wir dürfen uns deshalb nicht wundern, wenn die Operateure in solchen Fällen in dem Irrthum vorgingen, eine Ovarialgeschwulst vor sich zu haben.

Welcher Umstand aber den Anstoss zu dieser langsamen, aber steten Entwickelung giebt, das dürfte bis jetzt noch ebenso unbekannt sein, wie die Aetiologie der meisten Geschwülste überhaupt. Virchow (37) behauptet zwar bezüglich des Entstehens der Lipome: „Jede Lipombildung muss eine örtliche Ursache haben. Diese kann sehr unerheblich scheinen und doch grosse Wirkungen erzeugen, wenn die Prädisposition sehr ausgebildet ist. Eine solche Prädisposition kann congenital sein, sie kann erblich sein, wie das von der Polysarcie hinlänglich anerkannt ist. Sie kann aber auch eine erworbene sein, und dann mag sie immerhin durch eine Dyscrasie bedingt sein. Dahin gehört sicherlich der Einfluss der Nahrung auf die Zustände des Fettgewebes, und zwar nicht blos der Einfluss einer sehr fettreichen Nahrung, sondern auch der des Bieres und des Branntweins. Es ist eine Eigenthümlichkeit des Lipoms, wodurch es sich von manchen andern Geschwülsten unterscheidet, dass es im kindlichen Alter verhältnissmässig selten vorkommt, vielmehr recht eigentlich eine Geschwulst der mittleren oder höheren Altersklassen ist. Schon dieser Umstand sollte ausreichen, um die Wahrscheinlichkeit zu begründen, dass die Disposition häufig eine erworbene ist.“ Die „congenitale Prädisposition“ lässt sich zweifellos auf den sehr interessanten Fall von May (No. 23) in Anwendung bringen, dagegen war über die bemerkenswerthe

Frage bezüglich des Einflusses der Nahrung auf die Geschwulstbildung leider nirgends eine Mittheilung in der hierhergehörigen Literatur zu finden.

Ueber die klinischen Symptome, welche die Nierenkapseltumoren machen, kann ich mich kurz fassen, zumal die Krankheitsbeschwerden nichts für diese Geschwülste Charakteristisches darbieten. Den Patienten wird der Tumor erst lästig, wenn er eine beträchtliche Grösse erreicht hat, und die Kranken theils durch sein oft sehr bedeutendes Gewicht genirt, theils durch die Raumbeengung und den Druck, den er auf die Organe des Unterleibes ausübt, beschwerlich wird. Nicht selten zeigt sich in diesem Stadium auch Oedem der unteren Extremitäten, welches von einem Druck des Tumors auf die Vena cava inferior herrührt. Durch die Verdrängung und Umwachsung des Darmes von Seiten des Tumors stellte sich gelegentlich chronische Obstipation ein. Die Kranken klagen über Appetitlosigkeit, magern ab, bis sich bei längerem Bestande eine deutliche Geschwulstkachexie ausbildet.

In Bezug auf die Diagnostik dieser retroperitonealen Bindesubstanzgeschwülste ist kaum etwas Positives zu erwähnen, es ist bisher in keinem Fall mit Sicherheit eine klinische Diagnose gestellt worden. In der Mehrzahl der erwähnten Fälle war deutliche Fluctuation zu constatiren, sodass die Untersucher meist zur Annahme einer cystischen Geschwulst verleitet wurden, daher auch die zahlreichen Probepunctionen, die stets ein negatives Resultat ergaben und die Sachlage noch schwieriger gestalteten. Bei dem Umstande, dass diese Geschwülste keine Organerkrankung darstellen und daher bloss bei zunehmender Grösse Beschwerden erregen, kommen sie in der Regel nur zu einer Zeit zur Beobachtung, wenn bereits das ganze Abdomen von der Geschwulst erfüllt ist und die Bestimmung des Sitzes und Ursprunges der Geschwulst wegen mangelnder Verschiebbarkeit derselben und der übrigen Unterleibsorgane unmöglich wird. So erklärt es sich leicht, dass die grossen fluctuirenden Mischgeschwülste bei Weibern gewöhnlich für Cysten des Genitaltractus, bei Männern für Echinococcussäcke gehalten wurden. Eine Reihe von Operateuren liessen die Diagnose offen. Thiersch (22) weist bei der Besprechung seines Falles auf die Angabe der meisten Autoren hin, dass sich die Nierengeschwülste bei der Respiration nicht bewegen, eine Behauptung, die

durch seine eigene Beobachtung widerlegt wurde. Ebenso constatirte Gould (28) bei seinem Patienten eine gewisse respiratorische Verschiebbarkeit. Ein weiteres diagnostisches Hülfsmittel, nämlich die Lage des Colon, versagt, wie Israël (38) in einer Besprechung über die Differentialdiagnose zwischen Leber- und Nierentumoren mit Recht hervorhebt, ebenso häufig; „es ist ja theoretisch ganz richtig, dass für die Untersuchung zwischen Leber- und Nierentumoren ausschlaggebend ist die Lage des Colon. Liegt es vor der Geschwulst, so muss diese retroperitoneal sein, während eine Lebergeschwulst niemals hinter dem Colon ascendens liegen kann. In dieser Beziehung muss man nun nicht vergessen, dass auf der rechten Seite die Dinge nicht so einfach liegen, wie auf der linken. Denn während linkerseits das Colon descendens senkrecht über die Vorderfläche der Niere hinzieht, verläuft der aufsteigende Schenkel des Colon mehr schräg von unten aussen nach innen oben, sodass er gewöhnlich nur vor dem unteren Pole der rechten Niere hinzieht.“ Schede (39) rechnet zu den werthvollsten diagnostischen Hülfsmitteln die Klarstellung der Beziehungen des Tumors zum Uterus: „In der Mehrzahl der Fälle, meint Schede (39), hat dies auch seine volle Gültigkeit, und die Wahrscheinlichkeit einer Renalgeschwulst gewinnt gewiss stark an Boden, wenn wir den Uterus und seine Adnexe, sei es per Vaginam, sei es per Rectum, deutlich abtasten können. Umgekehrt aber spricht nichts mit positiver Sicherheit für eine Ovarialgeschwulst, wenn ein deutlicher Stiel vom Uterus zum Tumor sich hinzieht, oder wenn letzterer dem Uterus breit anliegt.“ Die Abgrenzung der Genitalorgane gelingt aber leider bei der ungewöhnlichen Grösse der Neubildung, wie sie bei der ersten ärztlichen Untersuchung häufig schon vorgefunden wurde, meistens nicht, so dass Schede's (39) Behauptung bei sehr grossem Tumor wohl nur eine geringe praktische Bedeutung beizulegen sein dürfte. Ebenso werden die von Spencer Wells (40) aufgestellten Sätze über die Differentialdiagnose von Ovarien- und Nierengeschwülsten meines Erachtens von Leopold (41) sehr mit Recht als hinfällig bezeichnet: „So sehr sich diese Angaben (von Spencer Wells [40]) für kleinere Geschwülste bewahrheiten, so hinfällig können sie sein für Nierentumoren von grosser Ausdehnung.“ Bei diesen Mängeln der Diagnostik ist umsomehr auf die anamnestischen Angaben und die objectiven Symptome der

Krankheit Werth zu legen. Gewöhnlich wurde von den Patienten eine ganz allmähliche, Monate lang dauernde Grössenzunahme des Abdomens beobachtet, wozu sich schliesslich in manchen Fällen Oedem der unteren Extremitäten gesellte. Und nach Jahresfrist traten oft erst beiläufig unangenehme Beschwerden auf, Gefühl der Schwere im Bauche, Obstipation, später Athembeschwerden, Unvermögen, viel zu essen wegen Völle des Unterleibes, schliesslich allmählicher Kräfteverfall, eine Kachexie, wie bei den grossen Unterleibsgeschwülsten der Weiber. Lässt die Palpation den retroperitonealen Sitz, weiche Consistenz und Fluctuation, die Percussion Vorlagerung des Colon erkennen, sind keine abnormen Harnbestandtheile zu constatiren, ist das Wachsthum stetig, sind keinerlei Beschwerden, die auf Erkrankung eines bestimmten Organs deuten, vorhanden, ergiebt die Probepunction keine Flüssigkeit, so wird man zwar zunächst an ein retroperitoneales Myxom denken können, jedenfalls aber die Möglichkeit einer Nierenkapselgeschwulst ins Auge fassen.

Die Prognose dieser eigenartigen Tumoren glaube ich nach den Resultaten der Operateure in den letzten 12 Jahren — es kamen sämmtliche Fälle zur Heilung — wohl mit Recht als eine günstige bezeichnen zu dürfen. Wenn Salzer (3) „die Exstirpation dieser Geschwulst wegen ihres Sitzes im Mesenterium oder Mesocolon, wegen der Nähe blutreicher Organe, wegen der stets bedeutenden Grösse des resultirenden Wundcavums, zu den schwersten chirurgischen Eingriffen zählt, die als solche eine schlechte Prognose bietet", so hat seine Ansicht zu einer Zeit, in der die Asepsis sich noch theilweise im Initialstadium befand, eine gewisse Berechtigung. Doch die ungeahnte Vervollkommnung in der Ausübung der Asepsis neben einer eleganten Technik wird heute keinen Operateur abhalten, die Exstirpation einer gutartigen Nierenkapselgeschwulst ohne Verzug vorzunehmen, in der sicheren Hoffnung, dem Patienten Gesundheit und Wohlergehen wiederzuschenken. —

Die Therapie ergiebt sich mit Nothwendigkeit aus dem vorher Gesagten. Nur eine sofortige und radicale Operation vermag die Geschwulst dauernd auszurotten. Ueber ein Recidiv habe ich in der Litteratur nur eine Mittheilung gefunden. Tillmann (26) (No. 13) erwähnt ausdrücklich in seiner Publikation, dass seine Patientin zwar nach Jahresfrist noch lebte, aber ein Recidiv zeigte.

Wir müssen eben unterscheiden zwischen den reinen, gutartigen Lipomen, und den bösartigen Geschwülsten, den Sarkomen, und den zum mindesten auf der Grenze stehenden Myxolipomen. Es giebt bekanntlich Myxolipome, die sich vom retroperitonealen Bindegewebe entwickeln, leicht ausschälen lassen, aber eine grosse Neigung zum Recidiv, ja auch zu Metastasen zeigen. (Siehe Horn's (42) Inaugural-Dissertation). Eine Mittheilung von Waldeyer (8) besagt darüber folgendes: „Von grösstem Interesse waren indessen inbezug auf die Metastasen der Lipomyxome die Ablagerungen in der Leber und Lunge. Dieselben trugen den Character eines medullar-sarkomatösen Neoplasma.“ Virchow (43) gebraucht bei der Beschreibung eines andern Falles von Myxoma lipomatodes direct den Zusatz „malignum“ und bemerkt ausdrücklich, „dass selbst diese, dem Lipom so nahestehenden und scheinbar gutartigen Formen eine ausgemachte Generalisation erfahren und unter dem Bilde dyscrasischer Geschwülste auftreten können“, während die Prognose der reinen Lipome eine durchaus gutartige ist. —

Die übliche Operationsmethode für die mächtigen Nierenkapselgeschwülste wird wegen ihrer Grösse wohl stets die Laparotomie und nicht der Extraperitonealschnitt bleiben, zumal wenn die erstere, wie Heyder (2) sehr richtig hervorhebt, in irrthümlicher Stellung der Diagnose unternommen worden ist. Die Ausschälung der Geschwulst, ihre Abbindung, eine Uebersicht über das ganze Operationsgebiet, ist entschieden bei der Laparotomie leichter, als bei einem noch so gross angelegten Lendenschnitte, welcher auch weniger gut gestattet, an den wichtigsten Theil, an die Wurzel der Geschwulst heranzukommen. —

Schlusssätze.

Die Nierenkapselgeschwülste sind entweder Lipome bezw. Fibrolipome, oder Myxolipome, seltener Sarkome.

Die Lipome sind gutartige, die Sarkome selbstredend bösartige Neubildungen, die Myxolipome stehen auf der Grenze.

Die Niere ist in allen Fällen von Nierenkapselgeschwülsten als gesund befunden worden. Die Exstir-

pation der Geschwulst lässt sich meistens mit Erhaltung des harnbildenden Organs bewerkstelligen.

Die Prognose der Operation ist heutzutage trotz der Grösse des Eingriffes als eine günstige anzusehen.

Zum Schlusse ist es mir eine angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer dem Herrn Prof. Pfannenstiel, für die gütige Ueberweisung des Thema's und für die werthvollen Rathschläge bei Abfassung dieser Arbeit, sowie dem Herrn Dr. May für die freundliche Genehmigung zur Publikation seines Falles, meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Literatur.

1. Pfannenstiel, Verhandl. d. Deutsch. Gesellsch. f. Gynäkolog. zu Berlin 1899. Leipzig, Breitkopf u. Härtel. S. 220.
2. Heyder, Archiv f. Gynäkolog. 1890. 38.
3. Salzer, Wiener klin. Wochenschr. 1888. 8. 9. 10.
4. Alsberg, Deutsche medic. Wochenschr. 1887. 46.
5. Madelung, Berliner klin. Wochenschr. 1881. 6.
6. John Homans, Boston medical and surgical journal. March 8. 1883. (Referirt nach Salzer, Wien. klin. Wochenschr. 1888. 8.)
7. Trendelenburg, Deutsche Zeitschr. f. Chirurg. 24.
8. Waldeyer, Virchow's Archiv. 32. S. 543.
9. Bardenheuer, Die Drainirung d. Peritonealhöhle. 1881.
10. Hildebrandt, Langenbeck's Archiv. 1894. 48.
11. Spencer Wells, Referirt nach Salzer, Wien. klin. Woch. 1888. 8.
12. Lossen, Deutsche Zeitschr. f. Chirurg. 13. S. 199.
13. Czerny, Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. 13. S. 199.
14. Thomas, Heyder, Archiv f. Gynäkolog. 38.
15. Kundrat, Salzer, Wiener klin. Wochenschr. 1888. 9.
16. Rehaczek, Salzer, Wiener klinische Wochenschrift. 1888. 9.
17. Bruntzel, Berliner klin. Wochenschr. 1882. 49.
18. Thornton, London, Lancet, 1883. I. (Referirt nach der Inaugural-Dissertat. von A. Siegrist. Zürich 1889.)
19. Spencer Wells, Britisch medical Journal. 19. April 1884. (Referirt nach Salzer, Wien. klin. Woch. 1888. 8.)
20. Wiglesworth, Lancet. 30. Juni 1883. (Referirt nach Salzer, Wien. klin. Woch. 1888. 8.)
21. Wagner, Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie. 24.
22. Thiersch, Deutsche Zeitschr. f. Chirurg. 24.
23. Kümmell, Deutsche medic. Wochenschr. 1886. 50.
24. Rosmanit, Salzer, Wiener klin. Wochenschr. 1888. 9.
25. Billroth, Salzer, Wiener klin. Wochenschr. 1888. 8—10.
26. Tillmann, Centralblatt f. Chirurg. 1891. 28.
27. Sänger, Archiv f. Gynäkolog. 1890. 38.
28. Gould, Centralblatt f. Chirurg. 1889. 7.
29. Eiselsberg, Wiener klin. Wochenschr. 1890.
30. Saurenhaus, Centralblatt f. Gynäkologie. 1890. 10.
31. Olshausen, Centralbl. f. Gynäkolog. 1890. 10.
32. Thiriar, Centralblatt f. Gynäkolog. 1890. 17.
33. Ryder, Centralblatt f. Gynäkolog. 1891. 45. S. 919.
34. Reverdin, Annal. de Gynécol. XLII. 11. Nov. 1894. (Referirt nach Schmidt's Jahrbücher. 247. 1895.)

35. Skutsch, Correspondenzblätter d. allg. ärztl. Vereins von Thüringen. 1898. 12.
36. Czerny, Herczel, Beiträge z. klin. Chirurg. VI.
37. Virchow, Die krankhaften Geschwülste. I. S. 391.
38. Israël, Langenbeck's Arch. f. klin. Chirurg. 47. S. 321.
39. Schede, Herczel, Beiträge z. klin. Chirurg. VI. 1890. S. 501.
40. Spencer Wells, Die Krankheiten der Eierstöcke. S. 159.
41. Leopold, Archiv f. Gynäkolog. 19. S. 136.
42. J. Horn, Inaugural-Dissertation. Breslau 1894. S. 20.
43. Virchow, Virchow's Archiv. 32. S. 545.

Nummer	Autor und Jahreszahl der Publikation	Geschlecht und Alter	Klinische Diagnose	Art der Operation	Anatomische Beschaffenheit der Geschwülste
1	Spencer Wells 1867	Weib 32 Jahre	offen gelassen, Probeincision	Laparotomie	32 Pfd. schwere Fettgeschwulst der rechten Nierengegend.
2	Lossen 1879	Weib 37 Jahre	Ovarialtumor(Colloid) vom rechten Ovarium	do.	Angiosarkom der fibrös. Nierenkapsel, dem convex. Rande d. gesunden Niere aufsitzend.
3	Thomas 1881	Weib 21 Jahre	Ovarientumor	do.	Nierenkapselfibrom v. $10^1/_2$ Pfd.
4	Kundrat 1881	Mann (in mittl. Jahren)	Echinococcussack	do.	mannskopfgrosses Myxolipom, in dessen oberen Theile die linke Niere vollkommen eingebettet lag (Sectionsbefund).
5	Bruntzel 1882	Weib 33 Jahre	offen gelassen	do.	$37^1/_4$ Pfd. schweres Fibrom der linken Nierenkapsel.
6	Thornton 1883	Weib 53 Jahre	Ovarialtumor	do.	Sarkom d. Nierenkapsel, 11 Pfd. schwer.
7	Spencer Wells 1883	Weib 48 Jahre	?	do.	Fibrolipome d. rechten u. linken Nierengegend, 31 Pfd. schwer.
8	Wiglesworth 1883	Weib 43 Jahre	Ovarialtumor	starb vor einer Operation	Sectionsbef.: $41^1/_4$ Pfd. schwer. lipomatös degenerirtes Myxom, in welches die rechte Niere $1^1/_2$ Zoll tief eingebettet war.
9	Thiersch 1885	Weib 3 Jahre	Leberechinococcus	Probelaparotomie	grosses inoperables Sarkom, von der rechten Nierenkapsel ausgehend (Sectionsbefund).
10	Kümmell 1886	Mann 38 Jahre	Echinococcus	Laparotomie	ungewöhnlich grosses Lipom, welches die linke Niere umwachsen hatte.
11	Rosmanit 1886	Weib 53 Jahre	solider Ovarialtumor	do.	mannskopfgrosses Fibromyxoma lipomatodes, theilweise zurückgelassen.

Ausgang	Verlauf und Complicationen	Späteres Befinden	Bemerkungen
Tod bald nach der Operation	—	—	Die rechte Niere fand sich bei der Section in das zurückgelass. Stück der Geschwulst eingebettet; sie war von normaler Beschaffenheit.
Heilung	bei d. Unterbind. der Nierengefässe heftige Blutung aus der Art. renalis. In d. Nacht nach der Operation Abort mit nachfolgender septischer Endometritis	2 Jahre nach der Operat. noch gesund	Vergrösserter Uterus; Schwangerschaft im 2.—3. Monat, Exstirpation der rechten Niere, gesund.
do.	?	?	Exstirpation der Niere, unverändert.
Tod bald nach der Operation	—	—	Nach d. Bauchschnitt wurde d. Geschwulst a. d. vord. Bauchw. angenäht und dann incidirt, um die Flüssigk. abzulass. Inh. bestand aus leicht zerreissl. Erweichungsherd. Probepunkt. hatte eine sehr geringe Menge v. Fettdetritus enthaltender Flüssigkeit ergeben.
Heilung	am 10. Tage post operat. Collaps wegen Darmruptur. Beiderseit. Radialislähmung. Durchtrennung des Ureters	Jahre hindurch ausgezeichneter Gesundheitszustand	Mitherausnahme der gesunden linken Niere, die in einer hilusartigen Einsenkung des Tumors versteckt gesessen hatte. Menstruat. später ausgeblieben. Wiederholte Probepunktionen waren negativ.
do.	?	Pat. war 2 Jahre später noch gesund	Die ebenfalls exstirpirte Niere war gesund.
do.	?	?	Wegen Verwachs. mit dem Tumor wurde das untere Dritttheil d. link. Niere resecirt.
Tod an Lungenödem	—	—	Pat. litt in den letzten Jahren an Athembeschwerden und Oedem der Beine. Die eingebettete Niere war gesund.
Genesung von der Probelaparotomie	ausgedehnte Verwachs. mit d. Nachbarorgan., zahlr. dicke Venenstämme	rasches Wachsthum d. Geschwulst; 5 Mon. nach d. Operat. plötzl. Exitus letalis	Mehrere Punktionen waren erfolgl. trotz deutl. Fluktuation. Rechte Niere von dem Tumor völlig umwachsen.
Genesung von der Operation	in Folge einer Milzruptur starke Blutung und Collaps	trotz einer Kochsalztransfusion starb Pat. 2 Tage post operat.	Exstirpat. d. linken Niere, gesund. Probepunkt. fiel negat. aus. Todesursache: der starke Blutverlust in Folge Milzruptur.
Tod bald nach der Operation	—	—	Rechte gesunde Niere war völlig umwachs. u. musste mitentfernt werd. Todesursache: Collaps u. Anämie.

Nummer	Autor und Jahreszahl der Publikation	Geschlecht und Alter	Klinische Diagnose	Art der Operation	Anatomische Beschaffenheit der Geschwülste
12	Billroth 1888	Mann 41 Jahre	?	Laparotomie	29 kg schweres Myxolipom, welches die linke Niere umwachsen hatte.
13	Tillmann 1888	Weib 28 Jahre	vacat	do.	10 kg wiegender Tumor, theils myxomatös-fibröser, theils lipomatöser Natur, ausgehend von der linken Nierenkapsel.
14	Sänger 1889	Weib 37 Jahre	solider Ovarialtumor? Retroperitoneale Geschwulst	do.	15 Pfd. schweres Fibrosarkom der fibrösen Nierenkapsel.
15	Gould 1889	Mann 30 Jahre	?	do.	Perirenal gelegenes Myxom, in eine sehr dicke Kapsel eingeschlossen.
16	Eiselsberg 1890	Weib 70 Jahre	fester Ovarialtumor (maligne?)	do.	4 kg schwer. Fibrolipom, aus 2 hart. Knollen besteh., in deren Mitte die normale Niere lag. Ausg. v. perirenal. Fettgewebe.
17	Olshausen 1890	Weib 42 Jahre	?	do.	Lipom, das seinen Ursprung von der Capsula adiposa der recht. Niere genommen. $13^1/_2$ Pfd. schwer.
18	Thiriar 1890	Weib 63 Jahre	rechtes multiloculär. Ovarialkystom	do.	Fibrolipom der Nierenfettkapsel.
19	Ryder 1891	Weib ?	Ovarialcyste	do.	kindskopfgrosses Fibro-cysto-sarkom der Nierenkapsel.
20	Hildebrandt 1894	Weib 30 Jahre	?	?	4 Pfd. schweres Fibro-myo-osteosarkom der fibrös. Nierenkaps.
21	Reverdin 1894	Weib 46 Jahre	vacat	Laparotomie	retroperitoneal. Fibrom d. Nierenfettkapsel, 48 Pfd. schwer.
22	Skutsch 1898	Weib 48 Jahre	vacat	do.	4000 g schwer. Lipom, v. d. Fettkapsel der Niere ausgehend.
23	May 1898	Weib 1 Jahr	cyst. Nierengesch.? Nierencarcinom	Bergmann-scher Lumbalschnitt	reines Lipom, das seinen Ausg. v. perirenalen Fett genommen.
24	Pfannenstiel 1899	Weib 51 Jahre	peritonitisches Exsudat	Laparotomie	fast zweimannskopfgrosse nierenförmige Geschwulst von fibromyxomatös. Beschaffenheit, der linken Niere aufsitzend.

Ausgang	Verlauf und Complicationen	Späteres Befinden	Bemerkungen
Tod einige Stund. nach der Operation	—	—	Exstirpat. der linken Niere, unverändert. Todesursache: Kräfteverfall und Blutleere.
Heilung	?	lebte noch 1 Jahr n. der Operat., zeigte aber ein Recidiv	Mitherausnahme der linken Niere, gesund.
do.	?	?	Linke Niere, die der Geschwulst dicht anlag, wurde mitentfernt.
do.	?	?	Punkt. lief. etwas blutige, zähschleim. Flüssigk. Rechte Niere wurde ebenfalls entfernt, sie war etwas atrophisch, sonst gesund.
do.	?	?	Der Verlust der einen Niere, d. weg. ihrer eigenart. Lage ebenf. exstirpirt werd. musste, wurde trotz d. hoh. Alters d. Pat. gut ertragen.
do.	?	?	Exstirpat. der rechten Niere, welche mit der Geschwulst eng verwachs. war; sie war unverändert.
do.	?	?	Ein Theil des Bauchfells wurde resecirt u. d. Wunde nach d. Flanke drain. Exstirpat. d. recht. Niere.
do.	?	?	—
do.	?	?	Der einzige Fall, bei dem d. Vorkomm. v. Knoch. u. glatt. Muskelfas. erwähnt wird. Exstirpat. d. Niere.
do.	nach der Operation Collaps; am 5. Tage danach heft. Erbrech.	?	Wegen Verwachsung mit der Geschwulst wurde die gesunde Niere gleichfalls exstirpirt.
do.	?	?	Gleichzeitig Amputat. des myomat. Uterus, Niere zurückgelassen.
do.	?	2 Jahre nach d. Operation völlig gesund	Niere zurückgelassen.
do.	bei d. Lös. v. d. Niere reisst Nierenparenchym mit aus, stärk. Blutung	Pat. ist $1^1/_2$ Jahre nach der Operation noch vollkommen gesund	Niere zurückgelassen.